SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-03-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**MARGARITA PINZON MORA**			**CC:**	**41692478**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MARGARITAPINZON0206@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3114530656**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 6 17 91 SUR IN 1**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**8480310161**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2723 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.144.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/03/01 AL 2026/03/31**				

MARGARITA PINZON MORA
PS_2723_2026_74150C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARGARITA PINZON MORA
CC: 41692478
CEL: 3114530656

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
MARGARITA PINZON MORA			
CON C.C N°	**41.692.478**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-ENFERMERIA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2723 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.746.400	**No. HORAS EJECUTADAS**	**240**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 9.746.400	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.144.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL MATERNO INFANTIL		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DIANA CAROLINA ROJAS RAMIREZ		

ITEM	**II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO** **(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	1. PRESTE EL SERVICIO DE CONFORMIDAD CON LA ASIGNACION DE ACTIVIDADES ACORDADAS CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA EL DESARROLLO DE LAS MISMAS .2. CUMPLI LAS NORMAS INSTITUCIONALES DE BIOSEGURIDAD, VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, GESTION AMBIENTAL, SALUD OCUPACIONAL Y DEMAS POLITICAS INSTITUCIONALES. 3. RESPONDI POR LOS INVENTARIOS, REALIZAR CONTROL, CONSERVACION Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSUMOS, AL IGUAL QUE EL CUIDADO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO Y/O AREA DONDE SE ENCUENTRE DESARROLLANDO LAS ACTIVIDADES. 4. PORTE EL CARNET INSTITUCIONAL DE LA SUBRED DURANTE LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES. 5. RECIBI Y ENTREGAR EL TURNO DENTRO DEL HORARIOESTABLECIDO VERIFICANDO QUE EL AREA ESTE LIMPIA Y ORDENADA 6. APOYE LOS PROCESOS DE RECIBIR, CLASIFICAR, PREPARAR, ESTERILIZAR, ALMACENAR Y DISTRIBUIR EL MATERIAL VERIFICANDO LA CUSTODIA DEL MATERIAL ESTERIL EN SU TRASLADO ESPECIFICO A LOS SERVICIOS ASISTENCIALES. 7. CONOCI, CUMPLI Y TUVE EL ENTRENAMIENTO NECESARIO EN EL MANEJO DE EQUIPOS DE LIMPIEZA Y ESTERILIZACION Y DISPOSITIVOS MEDICOS AUTOMATIZADOS 8. REVISE BAJO INVENTARIO QUE EL INSTRUMENTAL QUIRURGICO SE ENCUENTRE COMPLETO Y DEMAS DISPOSITIVOS MEDICOS, RESPONDER POR LOS ELEMENTOS QUE SE DAÑEN POR MAL USO O DESCONOCIMIENTO DE SU USO EN LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS. 9. VELE POR EL CUIDADO Y APROVECHAMIENTO DE LOS INSUMOS Y EPP DEL SERVICIO. 10. RESPONDI POR LOS INVENTARIOS, CONSERVACION Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSUMOS Y RECIBIR PRENDAS DE ROPA QUIRURGICA PARA LA ELABORACION DE PAQUETES Y REALIZAR SU REGISTRO. 11. REALICE LAS TAREAS DE AUTOCLAVES DE ESTERILIZACION EN CUANTO ACOMODACION DE LA CARGAS EN LA CAMARA, COLOCACION DIARIA DE TEST BOWIE & DICK Y EL MONITOREO DEL PROCESO DE VALIDACION DE CADA CARGA Y REGISTRO EN LOS FORMATOS CORRESPONDIENTES. 12. DILIGENCIE EN FORMA ADECUADA CADA UNO DE LOS FORMATOS ESTABLECIDOS Y REALIZAR EL REGISTRO Y LECTURA A DIARIO DE TERMO HIDROMETRIA DEL SERVICIO.13. DI CUMPLIMIENTO CON LO ESTABLECIDO EN LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE LA INSTITUCION EN CUANTO A EL USO DEL UNIFORME Y ELEMENTOS DE PROTECCION DENTRO DE LAS AREAS ASIGNADAS.14. APOYE EL CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD SEGUN EL REQUERIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE, ASISTIR A JORNADAS DE CAPACITACIONES, REUNIONES Y EVENTOS QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO Y CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO. 15. DI CUMPLIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD Y APOYAR LA IMPLEMENTACION DE LOS MISMOS Y ACCIONES DE MEJORA PARA EL SERVICIO. 16. APOYE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ACREDITACION Y HABILITACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	**CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS**	**SI**	**NO**
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	**X**	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	**X**	

3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	**X**	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	**X**	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	**X**	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, *CERTIFICO*** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-03-01) AL (2026-03-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 63756954	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/03/11	$ 218.900
PENSIÓN:	SIN DATO	2026/03/11	$ 0
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/03/11	$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 261.600

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*MARGARITA PINZON MORA* *PS_2723_2026_74150C* **MARGARITA PINZON MORA** **CC: 41692478**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*DIANA CAROLINA ROJAS RAMIREZ* *PS_2723_2026_74150C* **DIANA CAROLINA ROJAS RAMIREZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	41692478	MARGARITA PINZON MORA	Kr 6 # 17 - 91 sur int 1	5649779	margaritapinzon0206@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		63756954	11/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$0	$261.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	261.600	261.600

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	41692478	MARGARITA PINZON MORA	Kr 6 # 17 - 91 sur int 1	5649779	margaritapinzon0206@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		63756954	11/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$0	$261.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 41692478	PINZON MORA MARGARITA	59	2			N																		0	0	0	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-7	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 2723 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 2723 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Datos guardados

SEGURO SOCIAL

Prosperidad para todos

RESOLUCION No. 027575 **DE** 10 AGO 2011

Por medio de la cual se resuelve un Recurso de Reposición en el Sistema General de Pensiones – Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida

EL ASESOR II (E) DE LA VICEPRESIDENCIA DE PENSIONES.

En uso de las facultades otorgadas por el Presidente del Seguro Social mediante Resolución N° 0594 del 01 de Abril de 2011.

C O N S I D E R A N D O:

Que el Instituto de Seguro Social, Seccional Cundinamarca y D.C. mediante Resolución No. 032292 del 28 de octubre de 2010 notificado en legal forma el 24 de Noviembre de 2010, negó pensión de vejez a la señora ***MARGARITA PINZON MORA****, identificada con Cèdula de Ciudadanía No. 41.692.478 y afiliación al ISS número 941692478 de la Seccional Cundinamarca y D.C, por no reunir los requisitos mínimos establecidos requeridos en la norma.*

Que surtida la notificación correspondiente, el asegurado, el día 29 de noviembre de 2010, interpone ***RECURSO DE REPOSICION Y EN SUBSIDIO APELACION*** *contra la citada Resolución, de conformidad con lo dispuesto en el Código Contencioso Administrativo y dentro del término de Ley, solicitando se le reconozca la prestación conforme al Régimen de Transición consagrado en la Ley 71 de 1988.*

Que por haberse presentado los recursos dentro de los términos legales con el lleno de los requisitos fijados por el Código Contencioso Administrativo, se procede a analizar de fondo las inconformidades del recurrente, estableciéndose:

Que se anexa al expediente de solicitud pensional, copia auténtica del registro civil de nacimiento, en el cual se precisa que nació el 06 de febrero de 1954 y a la fecha cuenta con 57 años de edad.

Que el asegurado presento traslado a la AFP PORVENIR, verificado el aplicativo de afiliación y registro del Instituto de Seguro Social, se certificó que la entidad encargada de tramitar y decidir es el Seguro Social.

Que la fecha valida de traslado fue el 25 de julio de 2003.

Que el asegurado, para acreditar las semanas necesarias para la pensión allegó certificados sobre tiempo de servicios al sector público no cotizado al ISS así:

ENTIDAD	PERÍODO	DIAS
CAJA NACIONAL DE PREVISION SOCIAL – CAJANAL	17/10/1979 a 22/12/1993 (menos 2.042 días simultáneos)	3.064
TOTAL DIAS COTIZADOS SECTOR PUBLICO		**3.064**

Que revisado el reporte de semanas cotizadas a este Instituto y luego de efectuar la imputación de pagos prevista en el artículo 29 del Decreto 1818 de 1996, modificado por el artículo 53 del Decreto 1406 de 1999, se establece que el asegurado cotizó al Seguro Social de forma interrumpida ***6.050*** *días.*

Que sumado el tiempo laborado por la asegurada, a entidades del Sector Público y el cotizado al Seguro Social acredita un total de ***9.114*** *días; que equivalen a* ***1.302*** *semanas, correspondientes a* ***25*** *años, **03** meses y **24** días, incluyendo los aporte realizados a la AFP PORVENIR.*

SEGURO SOCIAL

Prosperidad para todos

RESOLUCION No. 027575 DE 10 AGO 2011

Por medio de la cual se resuelve una solicitud de prestaciones económicas en el Sistema General de Pensiones – Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida.

ASEGURADO: MARGARITA PINZON MORA

PARÁGRAFO: *El valor del retroactivo a agosto de 2011, que asciende a la suma de $18.407 283.oo será girado junto a la mesada del Mes de septiembre de 2011, que se paga en octubre del mismo año, a través del BANCO COLMENA ubicado en la Carrera 7 N° 31 A – 10 – Primera quincena, en la cuenta No.41692478.*

ARTICULO TERCERO: *El Instituto de Seguro Social responderá por el valor de la pensión y repetirá contra la Entidad concurrente en el pago, en los siguientes términos y cuantías:*

ENTIDAD CONCURRENTE	DÍAS	VALOR PENSIÓN	VALOR RETROACTIVO	PORCENTAJE
Instituto de Seguros Sociales	8.092	$304.661.oo	$11.285.932.oo	61.3123%
Caja Nacional de Previsión Social – Cajanal	5.106	$192.239.oo	$7.121.351.oo	38.6877 %
TOTAL	13.198	$496.900.oo	$18.407.283.oo	100.%

ARTÍCULO CUARTO: *Remitir copia de la presente Resolución a la Vicepresidencia de Pensiones del ISS - Grupo de Cuotas Partes y a la Entidad Concurrente, para lo de su competencia.*

ARTÍCULO QUINTO: *Los descuentos de salud se realizarán a partir del ingreso a nómina a la EPS COMPENSAR, de conformidad con lo establecido en el artículo 204 de la Ley 100 de 1993, afiliación que debe ser confirmada por el asegurado durante los tres meses siguientes a la notificación de la presente Resolución acorde al Decreto 4248 de 2007.*

ARTÍCULO SEXTO: *La percepción de esta pensión es incompatible con otra asignación que provenga del Tesoro Público, cualquiera que sea la denominación que se adopte para el pago de la contraprestación del servicio.*

ARTÍCULO SEPTIMO: *Notificar el contenido de la presente Resolución de conformidad con lo dispuesto en los artículos 44 y 45 del Código Contencioso Administrativo, haciéndole saber que contra la presente se concede el recurso de apelación ante la Gerencia de la Seccional Cundinamarca.*

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá D.C.

SEGURO SOCIAL
Para Nosotros
DEPARTAMENTO
ATENCION
AL PENSIONADO
JEFATURA

JAIRO FRANCO SANCHEZ
ASESOR II (E) DE LA VICEPRESIDENCIA DE PENSIONES.

PROYECTÓ: LILIAN TREJOS
REVISÓ: P CASTAÑEDA